UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 31

FACULTÉ DE MÉDECINE

RÉDUCTION
DES LUXATIONS TRAUMATIQUES
DE LA HANCHE
DANS LE DÉCUBITUS VENTRAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Février 1912

PAR

René GAUTHIER

Né à Varennes-sur-Allier, le 19 avril 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse
- DE ROUVILLE, prof. adj. — *Président.*
- GRANEL, professeur. — *Assesseurs.*
- MASSABUAU, agrégé. — *Assesseurs.*
- EUZIÈRE, agrégé. — *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MONTANE, SICARDI ET VALENTIN
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

RÉDUCTION
DES LUXATIONS TRAUMATIQUES
DE LA HANCHE
DANS LE DÉCUBITUS VENTRAL

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 31

FACULTÉ DE MÉDECINE

RÉDUCTION
DES LUXATIONS TRAUMATIQUES
DE LA HANCHE
DANS LE DÉCUBITUS VENTRAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Février 1912

ACAD. MED. BAT. BIBL.

PAR

René GAUTHIER

Né à Varennes-sur-Allier, le 19 avril 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	DE ROUVILLE, prof. adj.	*Président.*
	GRANEL, professseur.	
	MASSABUAU, agrégé.	*Assesseurs.*
	EUZIÈRE, agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MONTANE, SICARDI ET VALENTIN
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✲). Chargé de l'enseignt de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✲)
Clinque ophtalmologique		TRUC (✲).
Chimie médicale		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales		RAUZIER. Chargé de l'enseignemen de la Clinique médicale
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT HAMELIN (✲)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards		LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LAGRIFFOUL	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE
LEENHARDT	DELMAS (Paul).	FLEIG, chargé des fonc

Examinateurs de la Thèse

MM. DE ROUVILLE, *prof. adj.*
GRANEL, *professeur.*
MM. MASSABUAU, *agrégé.*
EUZIÈRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES GRANDS PARENTS

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE

R. GAUTHIER.

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELANGLADE

Hommage de reconnaissance et d'affection filiale.

R. GAUTHIER.

Les procédés de réduction des luxations traumatiques de la hanche sont nombreux. Tous ont pour but de reproduire en sens inverse le mécanisme de la luxation.

Ce mécanisme est lui-même sous la dépendance intime de l'anatomie de l'articulation coxo-fémorale. Le procédé préconisé par mon maître, M. le professeur Delanglade, possède sur les autres des avantages certains que nous nous efforcerons de montrer ; mais il nous paraît indispensable auparavant de rappeler à grands traits les caractéristiques anatomiques de la hanche d'une part, les conditions, d'autre part, qui président au déboîtement de cet article.

RÉDUCTION

DES LUXATIONS TRAUMATIQUES

DE LA HANCHE

DANS LE DÉCUBITUS VENTRAL

NOTIONS ANATOMIQUES

Un cotyle renforcé par un bourrelet fibro-cartilagineux dépassant en dimensions la demi-sphère ; la tête fémorale munie de cartilage, dépassant deux tiers de sphère, telles sont, pour former la diarthrose coxo-fémorale, les deux parties osseuses en contact.

Une puissante capsule fibreuse renforcée sur plusieurs points leur sert d'union. Insérée sur le pourtour osseux du sourcil et à la face externe du bourrelet, dont elle laisse libre le sommet, elle réserve au niveau de l'échancrure ischio-pubienne, en s'insérant sur le ligament transverse, un trou ostéo-fibreux, qui donne accès dans l'arrière-fond de la cavité cotyloïde.

Au fémur, l'insertion se fait *en avant,* à l'angle antéro-supérieur du grand trochanter et sur la ligne intertro-

chantérienne antérieure jusqu'à la fossette prétrochantérienne, en arrière de la face postérieure du col, parallèlement à la ligne intertrochantérienne postérieure, dont elle reste éloignée d'un travers de doigt environ.

Cette capsule est moins lâche que celle de l'épaule ; elle permet cependant d'écarter les surfaces articulaires de un à deux centimètres lorsque la pression atmosphérique et la tonicité musculaire n'existent plus.

Très importante pour la question qui nous occupe est la constitution de cette capsule, qui comprend :

Un plan profond de fibres annulaires et surtout un plan superficiel de faisceaux de renforcement.

Entre les ligaments pubo et ischio-fémoral (zones de renforcement que nous allons voir), existe un partie amincie de la capsule formée par des fibres annulaires. Cette partie de la capsule est si faible, qu'on a été jusqu'à dire qu'elle se terminait par un bord libre et que la synoviale seule unissait à ce niveau la capsule au col.

Quant aux faisceaux de renforcement, ils sont trois, correspondant aux trois parties de l'os iliaque , ilion et pubis en avant, ischion en arrière. L'un d'eux surtout nous intéresse par sa puissance et la prépondérance du rôle qu'il joue dans la physiologie normale et pathologique.

C'est le ligament ilio-fémoral, ou ligament en Y, ou ligament de Bertin, dont le rôle a été étudié et mis en évidence par Bigelow.

Il naît au-dessous de l'épine iliaque antérieure et inférieure. De là, ses fibres irradient vers la ligne intertrochantérienne antérieure.

Il se décompose lui-même en deux faisceaux principaux :

Un faisceau supérieur, dit ilio-prétrochantérien, qui s'insère au tubercule antérieur de la ligne intertrochantérienne antérieure. Ce faisceau a une épaisseur de 7 à 14 millimètres. A son insertion iliaque, il englobe le tendon réfléchi du droit antérieur. Solidement inséré, il creuse sur le sol une des deux gouttières de l'empreinte iliaque.

Le faisceau inférieur ou ilio-prétrochantinien s'attache au tubercule inférieur de la ligne intertrochantérienne au devant du petit trochanter.

Le ligament pubo-fémoral est beaucoup moins important. Il naît sur la portion pubienne du rebord cotyloïdien et la branche horizontale du pubis, pour se rendre à la fossette pré-trochantérienne. Il forme là, avec le faisceau ilio-pré-trochantérien, un V à pointe inférieure, *point faible de l'articulation.*

Le ligament ischio-fémoral renforce la portion postérieure de l'articulation. Implantés sur le sourcil cotyloïdien, au voisinage de l'ischion, ses faisceaux convergent en haut et par côté, croisent la face postérieure du col et finissent par un puissant trousseau fibreux qui s'insère en avant et au-dessus de la fossette digitale.

Un dernier ligament unit, d'une façon différente, cette fois, le squelette de la hanche. C'est le ligament rond.

Né sur la portion antéro-supérieure de la fossette creusée sur la tête fémorale, arrondi et épais, il s'étale ensuite en une rame triangulaire, laquelle, à son tour, donne naissance à deux branches ou racines qui se sont fixées aux deux cornes de l'échancrure cotyloïdienne, en dehors de l'articulation ; la branche supérieure est faible ; l'inférieure, ou ischiatique, est forte. La force de ce ligament est suffisante pour résister à des tractions de 30 à 50 kilogrammes.

Laissant de côté la synoviale, qui n'offre aucun intérêt

particulier pour la question que nous étudions, nous trouvons notre hanche protégée par un double et puissant manchon de muscles.

En avant, le pectiné, le psoas, le droit antérieur.

En arrière surtout, l'article est bridé par le pyramidal, l'obturateur interne, les jumeaux, l'obturateur externe, et plus bas, le carré crural. Plus superficiellement, par le moyen fessier et enfin le tenseur du fascia lata, le fascia lata et le grand fessier, zone la plus efficace de protection.

Voyons maintenant les mouvements :

Dans la flexion, le mouvement a lieu autour d'un axe transversal passant par la tête du fémur. La cuisse se rapproche de la paroi adbominale, au contact de laquelle elle peut même parfois arriver. La tête fémorale devient facilement accessible à la palpation au niveau de la partie basse du cotyle. Tous les ligaments sont alors relâchés ; la partie postérieure et inférieure de la capsule est seule tendue.

L'*extension* est très limitée ; elle correspond à la rectitude du membre ; dès qu'on cherche à dépasser cette attitude, tous les ligaments capsulaires se tendent, se tordent et fixent la hanche.

L'*adduction* pure, c'est-à-dire la cuisse étendue, est vite entravée par le ligament rond et le faisceau ilio-pré-trochantérien du ligament de Bertin.

L'*abduction* est arrêtée par le ligament pubo-fémoral et le faisceau ilio-pré-trochantérien. En effet, dans la rectitude, les ligaments capsulaires sont tous tendus ; aussi les déplacements du fémur sont-ils nécessaires. Dans la flexion, au contraire, ces ligaments sont relâchés et la cuisse est susceptible de s'éloigner de 90° de l'axe.

Il en est de même pour la *rotation*, qui est plus considérable dans la flexion que dans l'extension.

Le membre étant droit, la rotation en dehors est vite limitée par la tension du faisceau supérieur du ligament de Bertin et du ligament rond.

La rotation en dedans est limitée par la tension du faisceau inférieur du ligament de Bertin et celle du ligament rond. Si la cuisse est fléchie, le mouvement n'est entravé par le ligament ischio-sus-cervical doublé de l'obturation interne.

Enfin, n'oublions pas que les mouvements de la hanche sont modifiés par la flexion et l'extension du genou, qui déterminent la tension ou le relâchement des muscles ischio-jambiers.

En résumé : 1° un point faible dans la capsule : en bas ;

2° Un ligament dont la puissance domine tous les autres : celui de Bertin ;

3° Parmi les mouvements, un surtout est dangereux, qui amènera la tête sur le point faible : la flexion.

Telles sont les trois considérations d'où découleront toute l'anatomie et la physiologie pathologiques de la luxation de la hanche.

Et en effet, nous allons voir que :

1° C'est par le point faible que sortira la tête fémorale ;

2° C'est autour du ligament en Y qu'elle pivotera ;

3° C'est dans la flexion forcée que le déboîtement s'opèrera.

MÉCANISME

Nous ne nous occuperons presque exclusivement que des luxations régulières et secondaires, entendant par là celles dans lesquelles l'intégrité du ligament de Bertin impose au membre une situation toujours fixe pour une situation donnée de la tête fémorale, alors que la tête sortie de la capsule toujours par le même point, par la face inférieure, n'atteint qu'indirectement, que secondairement sa situation définitive, après avoir occupé des positions intermédiaires et temporaires. Dans les primitives, la tête sort par un point variable pour occuper directement sa position fixe extra-articulaire.

Enfin, dans les irrégulières, infiniment plus rares, le ligament en Y en adduction, qui permet à la tête de prendre une position quelconque avec une attitude quelconque du membre.

C'est sur ce mécanisme que sont basées les manœuvres de réduction pour faire parcourir en sens inverse à la tête luxée le chemin qu'elle a fait lors de son déplacement traumatique.

Le mécanisme de beaucoup le plus fréquent est celui de la *flexion forcée*.

La tête fémorale saille à la partie inférieure de l'acetabulum, distendant la capsule dans sa partie la plus mince ; celle-ci cède, la tête fémorale sort, après déchi-

rure du ligament rond et se place juste au-dessous de la cavité cotyloïde, s'arcboutant contre le bord de l'acetabulum sur un point d'appui étroit et glissant ; cette forme *sous-cotyloïdienne* est éminemment instable.

La capsule est intacte partout, sauf au niveau de l'orifice de sortie inférieur. Le fémur figure désormais un levier coudé à branches très inégales, dont le point d'appui voisin de la coudure répond à l'insertion de la capsule et des muscles péri-articulaires. Les deux branches du levier se déplaceront en sens inverse.

Après la sortie de la tête, le moindre mouvement de rotation de la cuisse poussera la tête hors de sa situation sous-cotyloïdienne si instable, et cela sans augmentation sensible des lésions capsulaires. Une rotation interne de la cuisse va porter la tête fémorale en arrière et en dehors sur la tubérosité de l'ischion, c'est la *luxation sous-ischiatique* ; désormais, le déplacement est amorcé par cette rotation surajoutée à la flexion en arrière du plan passant par le centre de la cotyloïde.

Si la rotation est externe, la tête se portera en regard et un peu en dehors de la branche ischio-pubienne, au voisinage du périnée. C'est la luxation *périnéale* ou ischio-pubienne.

Mais alors, ou bien le traumatisme est épuisé, ou bien la force traumatisante continue à s'exercer ; dans le premier cas, c'est le poids du membre qui suppléera le traumatisme ; quoi qu'il en soit, la force agissante va se décomposer en deux forces, l'une verticale, l'autre horizontale, dont la résultante est variable. On peut dire que, grâce à la résistance de la capsule et des muscles, l'extension ne peut jamais se faire directement ; elle se fait pour les déplacements en avant par abduction, pour les déplacements en arrière, par adduction.

Déplacements en avant. — Si la capsule et les ligaments résistent, la force verticale ne peut se satisfaire ; l'extension est impossible ; la cuisse reste en flexion à angle droit ; toute la force agit dans le sens horizontal ; l'abduction est très marquée ; la tête fémorale ne peut pas remonter, mais elle se porte beaucoup plus loin, en dedans et en avant ; on peut la trouver sur la ligne médiane du périnée ; c'est la *luxation périnéale vraie.*

La capsule peut céder plus largement en bas ; sa partie antérieure s'arrache jusqu'au ligament pubo-fémoral, qui est éraillé ; un peu d'extension est possible ; la cuisse se met en demi-flexion ; l'intégrité du faisceau vertical du ligament de Bertin ne permettrait plus d'extension que si la tête pouvait monter plus haut, car celle-ci est arrêtée par la capsule qui la bride et le point d'appui qu'elle prend sur le bord antérieur de la cotyloïde ; elle est en regard du trou ovale. La cuisse demi-fléchie est dans la rotation externe et en abduction moyenne : c'est la *luxation obturatrice* ou *ovalaire.*

Si tout le ligament pubo-fémoral cède, ainsi que la partie antéro-interne de la capsule, la tête n'étant plus bridée, perd son contact osseux et peut monter. Elle vient se placer au devant de la branche horizontale pubienne : c'est la *luxation pubienne.* La tête étant montée, le faisceau vertical du ligament de Bertin permet une extension beaucoup plus étendue, sinon complète. La cuisse est presque droite, en abduction légère et rotation externe.

Si toute la partie antéro-interne de la capsule a cédé jusqu'à l'insertion du ligament de Bertin, la tête peut monter encore plus haut et venir reposer sur le bord supérieur du cotyle, juste au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure, repoussant le ligament de Bertin : c'est la *luxation sous-épineuse.* La cuisse est en extension

complète, l'abduction minime, la rotation externe accentuée.

Déplacements en arrière. — Nous avons laissé la tête en position sous-ischiatique par rotation interne ; par suite du mouvement d'extension, elle va remonter. La partie postérieure de la capsule se désinsère, la tête charge le muscle obturateur interne, mais ne l'arrache pas : aussi ne peut-elle monter plus haut. Elle déborde légèrement la grande échancrure sciatique : c'est la *luxation ischiatique.*

Le col est solidement soutenu par le ligament de Bertin, dont le faisceau vertical arrête très vite l'extension commencée, la tête n'étant pas montée assez haut. La cuisse étant en demi-flexion, en adduction très marquée et en rotation interne, cette dernière est maintenue par le faisceau horizontal du ligament de Bertin.

Si l'obturateur interne et les jumeaux cèdent sous la pression de la tête, la partie postérieure de la capsule, moins résistante, se déchirant aussi, la tête monte plus haut et vient se placer en arrière et au-dessus de la partie postérieure de la cavité cotyloïde, débordant légèrement dans l'échancrure sciatique ; elle repose sur les petit et moyen fessiers plus ou moins déchirés : c'et la *luxation iliaque.*

Le faisceau vertical du ligament de Bertin, relâché par l'ascension de la tête, permet une extension presque complète ; de ce fait, l'adduction est peu marquée ; la rotation interne est maintenue intégrale par le faisceau horizontal du ligament de Bertin.

Dans tous ces cas, la tête n'a pas parcouru, dans son déplacement, une demi-circonférence, elle reste en arrière du plan passant par le centre de la cotyloïde, et ces luxa-

tions postérieures ont des caractères constants : rotation interne avec un degré variable de flexion et d'adduction.

La luxation postérieure devient antérieure. Le déplacement précédent s'est accentué, la rotation interne s'est transformée en rotation externe ; seule, l'adduction persiste.

Dans la *luxation oblique extérieure,* la tête est au-dessus et un peu en avant de la cavité cotyloïde. Toute la partie postérieure et supérieure de la capsule est arrachée ; le faisceau horizontal du ligament de Bertin est arraché et c'est cette lésion qui permet la rotation en dehors. La cuisse en rotation externe est en adduction extrême, passant presque au devant de la symphyse pubienne, croisant perpendiculairement le membre sain.

Dans la *luxation sus-épineuse,* la tête, chassée en haut et en dedans, se place devant l'épine antéro-inférieure ; le col fémoral est à cheval sur le faisceau vertical du ligament de Bertin, qui seul a résisté ; l'horizontal est rompu. Un certain degré d'extension est rendu possible par l'ascension de la tête ; le membre est ainsi en flexion, en rotation externe et en adduction marquées.

Luxations régulières primitives. — Ici, la tête est sortie par un point quelconque en regard de la position qu'elle occupe, écornant le cotyle, créant une fracture marginale ; si le ligament de Bertin résiste, les attitudes sont identiques aux précédentes.

Luxations irrégulières. — Le ligament de Bertin a été arraché ; la tête occupe une position quelconque déterminée par la direction et la violence du traumatisme. Le membre n'a pas d'attitude fixe.

REDUCTION

PRINCIPES DE LA RÉDUCTION

Les manœuvres de réduction ont pour but de reproduire en sens inverse le mécanisme de la luxation.

Une connaissance sérieuse de celui-ci est donc indispensable. Laissant de côté les luxations rares, nous passerons rapidement en revue les principes de la réduction des luxations iliaques, ischiatiques, ovalaires et pubiennes.

Luxation iliaque. — Le mécanisme de production étant : 1° flexion, 2° rotation en dedans, 3° adduction et extension, celui de la réduction sera :

1er temps : On soulève la cuisse et peu à peu on la met en flexion progressive et directe jusqu'à dépasser l'angle droit. Quand la flexion directe est obtenue : traction énergique dans l'axe de la cuisse pour achever de faire descendre la tête.

2e *temps.* — Légère rotation en dehors jointe à de l'abduction modérée.

3e *temps.* — L'extension doit alors se faire d'elle-même.

Luxation ischiatique. — Les manœuvres sont les mêmes

que pour la luxation iliaque, mais par suite de la position du membre, le premier temps est beaucoup moins une flexion qu'une abduction. Dans les deux cas, le moment dangereux est le deuxième temps, celui de la rotation externe ; si celle-ci est imprudente et exagérée, la tête dépasse l'orifice capsulaire, devient antérieure et la luxation, de par l'extension, devient antérieure, ovalaire le plus souvent.

Luxation ovalaire. — C'est toujours le même type de manœuvre : flexion à angle droit directe, qui est ici plus une adduction qu'une flexion, à cause de la position du membre, traction, rotation prudente en dedans et extension.

Luxation pubienne. — On transformera celle-ci en ovalaire en exagérant l'abduction et en tirant en abduction, puis on réduit comme il est dit pour la précédente.

PROCEDES CLASSIQUES

I. *Luxations iliaques.* — Le blessé est étendu par terre ; il est indispensable qu'un aide appuie fortement les mains sur les épines iliaques antérieures pour immobiliser — ou tenter d'immobiliser — le bassin.

Premier temps : Soulever progressivement la cuisse, en prenant d'une main solide celle-ci au-dessus du jarret, de l'autre la jambe.

Deuxième temps : La cuisse étant fléchie à angle droit, il faut « étirer celle-ci » verticalement. Temps capital, pendant lequel s'il est bien exécuté, la réduction s'opère souvent, sinon on passe au troisième temps.

Troisième temps : La tête est redevenue sous le cotyle ; à la traction verticale on ajoute la rotation de la cuisse en dehors ; un claquement ; la tête est rentrée.

Les procédés suivants ne sont que des variantes des procédés classiques.

Procédé de l'épaule :

Le blessé sera couché en travers d'un lit dur et bas ; le bassin déborde légèrement ; un aide soutient et écarte le membre sain ; un autre maintient solidement les épines iliaques.

Premier temps : Le chirurgien charge, après s'être baissé, le genou du blessé, sur l'épaule droite, et saisit de ses mains la jambe du malade.

Deuxième temps : Il se relève lentement en portant le membre en légère adduction. Une fois debout, la cuisse doit être à angle droit ; alors d'un coup d'épaule il dégagera et décrochera la tête fémorale.

Procédé de l'Alèze. — Le blessé est couché par terre. Une alèze est roulée et passée en travers sous le jarret ; la cuisse est soulevée verticalement et soutenue dans cette attitude par l'alèze sous-poplitée dont deux aides tirent fortement ses deux extrémités. On saisit alors la jambe qui pend et sur elle on exerce une forte pression en bas et en arrière. L'alèze est le levier dont on se sert pour transmettre l'effort à la cuisse dans le but de la soulever et de désenclaver son extrémité luxée.

Procédé de la poulie au plafond. — Dans les cas précédents, la traction verticale a été insuffisante à vaincre l'action musculaire ; il faut songer à la faire continue ; on y parvient dans ce procédé en tirant au plafond, par une poulie ou un moufle fixé à celui-ci, la cuisse fléchie, que cette traction soit élastique (tube de caoutchouc) ou non (corde, bande en toile).

II. *Luxations ischiatiques.* — Les manœuvres et les temps sont les mêmes. Il faut avoir bien soin de ne pas pratiquer trop tôt l'abduction, car il arrive souvent que l'on transforme ainsi en ovalaire une luxation ischiatique ; le membre se place alors en abduction forcée et rotation externe.

II. *Luxations ovalaires.* — Nous trouvons ici encore

la flexion et toute son importance. Fléchir là aussi jusqu'à ce qu'elle soit perpendiculaire au plan du bassin. Il s'agit ensuite de lever fortement la cuisse fléchie en rabattant le genou en dedans et en portant la jambe en dehors, réalisant ainsi l'adduction et la rotation interne.

IV. *Luxation pubienne.* — Nous avons vu qu'il fallait transformer celle-ci en ovalaire. Pour cela, c'est à l'abduction forcée qu'il faut avoir recours ; la cuisse est empoignée, soulevée et portée en dehors, écartée le plus possible de l'axe du corps. On sent que, à mesure qu'on exagère l'abduction, on peut plus facilement fléchir la cuisse, et que la tête s'abaisse et finalement la luxation devient ovalaire. Nous venons de voir la façon de réduire celle-ci.

PROCEDE DE REDUCTION DANS LE DECUBITUS VERTICAL

Dans tous ces procédés nous voyons que le temps essentiel est la flexion : fléchir la cuisse, la tirer à angle droit sur le bassin, tout est là. Tous les échecs et tous les dangers viennent de l'omission de ce principe, ou de la difficulté que l'on a de le bien mettre en pratique.

Et cela tient à deux causes. D'abord on a à lutter contre des muscles puissants, vigilamment contracturés qui immobilisent solidement la tête dans sa nouvelle et anormale position.

D'autre part, cette fixation indispensable, *sine qua non*, du bassin, est très difficile à réussir. Celui-ci, grâce à sa mobilité sur le rachis, suit malgré les efforts de l'aide qui appuie sur les épines iliaques les mouvements imprimés du membre inférieur ; et en effet, dans le décubitus dorsal, le bassin ne touche le plan sur lequel le blessé repose que par une très petite surface : la face postérieure du sacrum, elle-même convexe de haut en bas et convexe transversalement ; il est inévitable qu'il tende à rouler dans tous les sens ; on ne peut le maintenir que difficilement en équilibre instable par l'appui sur les crêtes et épines iliaques.

L'orthopédie enseigne qu'on y réussit mieux par action

indirecte en s'adressant au membre inférieur sain ; en fléchissant celui-ci, manœuvre classique quand il s'agit de corriger une attitude vicieuse coxalgique ou de réduire une luxation congénitale de la hanche, si on n'empêche pas évidemment le roulis du bassin, on lutte au moins efficacement contre le tangage ; on empêche que la colonne lombaire ne se cambre et que l'effort développé pour vaincre la flexion ne reste inutile. Si l'on a soin de fléchir le membre sain complètement, jusqu'à la limite de la flexion et si on l'immobilise dans cette position, on empêche par l'intermédiaire de tout l'appareil ligamenteux coxo-fémoral, et grâce à la puissance de l'action que nous confère ce long bras de levier qu'est le fémur, que le bassin ne se renverse en avant. Quelque manœuvre d'extension que l'on fasse sur le membre malade, la colonne lombaire n'abandonne pas le contact du plan sur lequel elle repose. Si donc pour étendre le membre malade il faut fixer le bassin par la flexion forcée du membre sain, de même pour fléchir le membre malade il faut maintenir en extension le membre sain. C'est en se souvenant de ces principes que mon maître, M. le professeur Delanglade, a proposé (1) pour la réduction des luxations traumatiques de la hanche de placer le malade dans le décubitus ventral. Dans cette position, le bassin repose sur une base stable ; il appuie sur le plan de la table ou du lit sur lequel est placé le blessé par trois points notablement écartés : les épines iliaques antéro-supérieures et la symphyse pubienne. Plus de ballottement dans le sens transversal ; aucune chance de commettre l'erreur fréquente de croire le bassin fixé quand, au contraire, il s'est fléchi

---

(1) Marseille Médical, 17 août 1904

sur le rachis ; dans cette position ventrale, le membre sain est étendu de lui-même par le seul fait de son appui de toute sa longueur sur la table. Voici donc le bassin bien fixé par ce triangle sur lequel il repose, d'une part, par l'intermédiaire du membre sain, d'autre part.

Il s'agit maintenant de lutter contre la contracture ; les muscles sont puissants ; inutile d'essayer de tricher avec eux ; s'il arrive qu'on réussisse par surprise à amener la tête au devant du trou capsulaire, plus souvent ce seront des délabrements (fractures marginales, déchirures de la capsule) qui suivront ces tentatives de réduction forcée. Mieux vaut patienter, fatiguer les muscles progressivement, jusqu'à ce que, petit à petit, la tête sous le cotyle descende au devant du trou qui l'a laissée sortir.

Dans les manœuvres classiques, le malade est à terre, le chirurgien tire à lui le membre luxé ; cette position est loin d'être commode ; la fatigue arrive vite ; le poids du membre lui-même s'oppose à son effort ; rapidement à bout de forces, il passe au troisième temps ; mais la tête n'est pas descendue ; la tentative avorte.

Dans le décubitus ventral, au contraire, le chirurgien pousse; cet effort s'exerce ausi longtemps qu'il le faut, sans fatigue de sa part ; le poids du patient s'ajoute à sa pesée.

Enfin, les manœuvres classiques consistent exclusivement en mouvements imprimés à la totalité du membre inférieur.

Dans le décubitus ventral, on joint à ces mouvements, dont l'importance reste, cela va de soi, prépondérante, une action directe importante sur la tête du fémur. On utilise plus simplement, plus commodément, et de façon plus diverse, les forces dont on dispose.

Telles sont les raisons pour lesquelles M. Delanglade a proposé, il y a huit ans, de réduire dans le décubitus ventral les luxations traumatiques de la hanche.

A ces raisons de technique, s'ajoute une raison de pratique : alors que tous les classiques considèrent comme indispensable l'anesthésie pour la réduction, les observations que nous publions montrent qu'elle est inutile. Or, elle peut être dangereuse et contre-indiquée.

Les blessés sont la plupart du temps en état de schock et souffrent atrocement ; première raison pour ne pas les anesthésier ; deuxième raison pour réduire le plus vite possible. La dernière de nos observations concerne un cas de ce genre. Le blessé n'était pas en état, de par les lésions concomitantes, d'être anesthésié ; après échec du procédé classique, la réduction fut obtenue avec plus de patience que de peine par la très simple technique suivante :

TECHNIQUE

Le malade est couché à plat ventre sur une table, les deux épines iliaques et le publis reposant sur l'extrémité de la table, recouverte d'un drap épais ; le membre inférieur sain est placé en rectitude sur un seconde table, de même hauteur que la première, mais débordant celle-ci du côté sain, de façon à laisser libres les mouvements du membre luxé. Celui-ci sera naturellement perpendiculaire au bassin fixé, c'est-à-dire à angle droit, quand il sera parallèle au pied de la table. C'est là un guide commode.

Traction en flexion. — Le membre luxé tend par son propre poids à se fléchir ; le chirurgien, placé à droite du malade pour une luxation droite, à gauche pour une luxation gauche, saisit et fléchit la jambe du côté luxé ; le genou est placé dans le creux poplité et exerce, par l'intermédiaire de celui-ci, une pesée forte, continue, patiente et verticale.

Mouvements de latéralité. — Rotation. — La tête ayant opéré sa descente, la main qui tient la jambe (main droite pour les luxations droites, main gauche pour les luxations gauches) imprime au membre les mouvements d'ad-

duction, d'abduction et de rotation nécessaires suivant la variété.

L'autre main est libre ; on s'en sert pour faire de la propulsion directe sur la tête du fémur.

Aucun aide n'est nécessaire.

L'anesthésie est inutile.

OBSERVATIONS

Les deux premières ont été communiquées au Comité Médical des Bouches-du-Rhône, le 11 mars 1904, par M. le professeur Delanglade.

Observation Première

Fillette de dix ans, envoyée d'une localité voisine au Dispensaire des Enfants-Malades de Marseille, après maintes tentatives infructueuses. Réduction dans le décubitus ventral d'une luxation iliaque : la tête réintègre du premier coup sa cavité.

Observation II

Homme de 22 ans, très fortement musclé, transporté à l'Hôtel-Dieu avec une luxation iliaque datant de la veille ; la réduction fut beaucoup moins facile, beaucoup plus longue que dans l'observation précédente. Néanmoins, elle fut obtenue sans qu'il fût nécessaire de recourir à

l'anesthésie, malgré l'intensité de la contracture et la puissance des muscles péri-articulaires.

Observation III

Homme de 50 ans. Transporté dans le service de M. le professeur Imbert, qui voulut bien prier M. Delanglade de réduire par son procédé la luxation de la hanche en arrière dont il était atteint. Le malade souffre atrocement et réclame à tout prix une anesthésie ; devant son refus de se laisser toucher si on ne l'endort pas, on le chloroformise. Réduction facile.

Observation IV

Paul B..., 20 ans. Le 9 octobre 1911, a été projeté à terre par la chute d'un mât de charge pesant 1000 kilos ; transporté à l'Hôtel-Dieu en état de schock avec une luxation en arrière de la hanche droite (adduction et rotation interne, légère flexion, abduction impossible, horriblement douloureuse), une fracture des os propres du nez, un point très douloureux à la pression sur la branche horizontale pubienne (fracture démontrée plus tard par la radiographie).

Nous sommes appelés avec mon camarade et ami, le docteur Zwirn, comme internes de garde près du blessé, qui ne cesse de crier. Devant la gravité de son état, nous nous refusons à toute anesthésie et tentons sans succès de réduire dans le décubitus dorsal, le blessé étant par

terre. A ce moment, nous souvenant du procédé de notre maître, le docteur Delanglade, nous faisons placer le malade sur une table à plat ventre : la tête rentre facilement par la manœuvre habituelle, du genou dans le creux poplité, sans qu'il soit besoin de l'y aider par les mouvements d'abduction ou de rotation (1).

---

(1) Gauthier et Zwirn. Luxation de la hanche réduite par le procédé de Delanglade, Marseille Médical, décembre 1912.

CONCLUSIONS

Dans les luxations traumatiques de la hanche, la manœuvre de traction en flexion étant le point capital de la réduction, celle-ci est facilitée par la mise « à plat ventre » du malade sur une table, position qui permet d'obtenir une meilleure fixation du bassin, une traction verticale sur la cuisse fléchie plus énergique et plus continue.

Cette réduction, dans le décubitus ventral, ne nécessite pas l'anesthésie.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 février 1912.
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 février 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !